

~~Eerst experimenteren, daarna pas beleiden~~

Zorginnovaties?

1. - Wat is nieuw?

2. - Werk de innovatie?

3. - Effectief?

4. - Besparing?



**GUUS SCHRIJVERS, HOGLERAAR**  
**ALGEMENE GEZONDHEIDSWETENSCHAP**

# Voorvechter van zorgonderzoek

Zorginnovatie is het levenswerk van Guus Schrijvers, idealist en wetenschapper. *'Leonardo da Vinci met zijn vooruitstrevende ideeën is mijn held.'*

tekst Bart Kiers beeld Mieke Meesen

**O**NZIN. ZORGAANBIEDERS ZIJN HELEMAAL niet machteloos tegenover zorgverzekeraars, antwoordt Guus Schrijvers aan een student die wil weten of verzekeraars niet te machtig worden. 'Reputatie is hun achilleshiel,' vervolgt de hoogleraar algemene gezondheidswetenschap in het werkcollege "Organisatie van de gezondheidszorg". 'Ik heb meegemaakt dat een verzekeraar weigerde te betalen voor terminale thuiszorg. Ik belde de verzekeraar dat ik een interview met de *Telegraaf* zou hebben. "Nalatigheid verzekeraar leidt tot sterfte patiënt" is geen fijne krantenkop. Toen bleek er ineens van alles mogelijk.'

## Standaardwerk

Het is een van Schrijvers' laatste colleges. Per 1 oktober gaat de professor met emiraat. Hij wil al jaren een boek schrijven om zijn nalatenschap veilig te stellen. 'Ik wil al mijn kennis verzamelen en codificeren in een standaardwerk over hoe zorgonderzoek moet zijn. Dat wil ik meegeven aan de volgende generatie. Dat zie je wel vaker bij hoogleraren aan het einde van hun loopbaan. Ik wil daarvoor al jaren een sabbatical, maar dat lukt niet meer. En ik wil dat boek nu wel hebben, verdorie.' Hij is in zijn element voor de ruim veertig vijfdejaarsstudenten geneeskunde. Hij loopt heen en weer, leunt nonchalant met een elleboog op het whiteboard, terwijl hij vertelt over etiketten voor gezond voedsel, het verschil tussen eigen risico en eigen bijdrage en dbc's. Hij haakt in op de actualiteit, strooit moeiteloos met anekdotes uit zijn rijke loopbaan, daagt de studenten uit met stellingen. Zijn enthousiasme slaat over op de studenten. Ze stellen scherpe vragen als: 'Waarom zit

het preconceptionele consult niet in het verzekerde pakket, terwijl het zo veel geld bespaart als er minder kinderen worden geboren met erfelijke ziektes?' Na afloop zegt Schrijvers: 'Je moet college geven alsof het de eerste keer is dat je het vertelt.'

## Op de kaart

Hij heeft ervoor moeten knokken om sociale geneeskunde in het curriculum te krijgen. Dat heeft veel energie gekost, maar het is gelukt. 'Het zorgonderzoek staat op de kaart. Onderzoekers spelen mee. Als ik zeg dat de SEH-zorg jaarlijks met 7 procent stijgt, moeten beleidsmakers daar wat mee. Toen ik 42 jaar geleden begon, was er geen sturing op basis van informatie. Nu wel. Alleen is de informatie vaak nog te laat beschikbaar en niet altijd betrouwbaar. En voor professionals is het irritant om al die indicatoren in te vullen. Dat moet veel simpeler. Albert Heijn is het beloofde land. Als je afrekenet bij de kassa, verzamelt AH met weinig moeite heel veel informatie. Daar moeten we naartoe.'

Gevraagd naar de drijfveer in zijn 42-jarige wetenschappelijke loopbaan, wordt hij bijna emotioneel. 'Zowel door mijn opvoeding als mijn studie economie denk ik in termen van meerwaarde. Zorginkopers moeten geen voorwaarden stellen, maar zich afvragen wat de meerwaarde is. Als de kuur van dokters erger is dan de kwaal, is er geen meerwaarde.'

Economen worden volgens Schrijvers ten onrechte afgeschilderd als financiële experts. 'Ik heb het vak altijd benaderd als gedragswetenschapper. Dat heb ik geleerd van Wim Duisenberg, bij wie ik ben afgestudeerd. "Het draait in de economie om verwachtingen", zei hij altijd. Waarom gaat het zo slecht in >



## INTERVIEW

> Europa? Omdat iedereen verwacht dat Griekenland eruit stapt. Je kunt pas een goede econoom zijn als je snapt hoe een winkelier zich gedraagt. Beleidsmakers staan te weinig stil bij hoe dokters reageren op financiële prikkels. Nu hebben artsen nog een financiële drijfveer om te opereren en te behandelen. Ze moeten "kijk- en luistergeld" krijgen. We moeten af van de betaling per verrichting. Neem medisch specialisten voor 90 procent in dienst. Als het druk wordt, kunnen ze wat extra's doen tot maximaal 110 procent. Dat werkt in Finland en in Amerika bij Kaiser Permanente en de Mayo Clinics.'

### Bent u voor marktwerking of voor overheidssturing?

'Het gaat niet om de keuze Roemer of Rutte. Bij de een stijgt de collectieve lastendruk, bij de ander de individuele, maar de totale lastendruk blijft bij beiden even hoog! Ik kies voor de macht aan de professionals. Maak ziekenhuizen en verpleeghuizen verantwoordelijk voor de gezondheid van de inwoners in hun regio. Geef ze een regiobudget waarvoor ze het moeten doen. Als ze dat kunnen met minder consulten en minder opnames, prima, gaan we ze niet korten. Je moet dat combineren

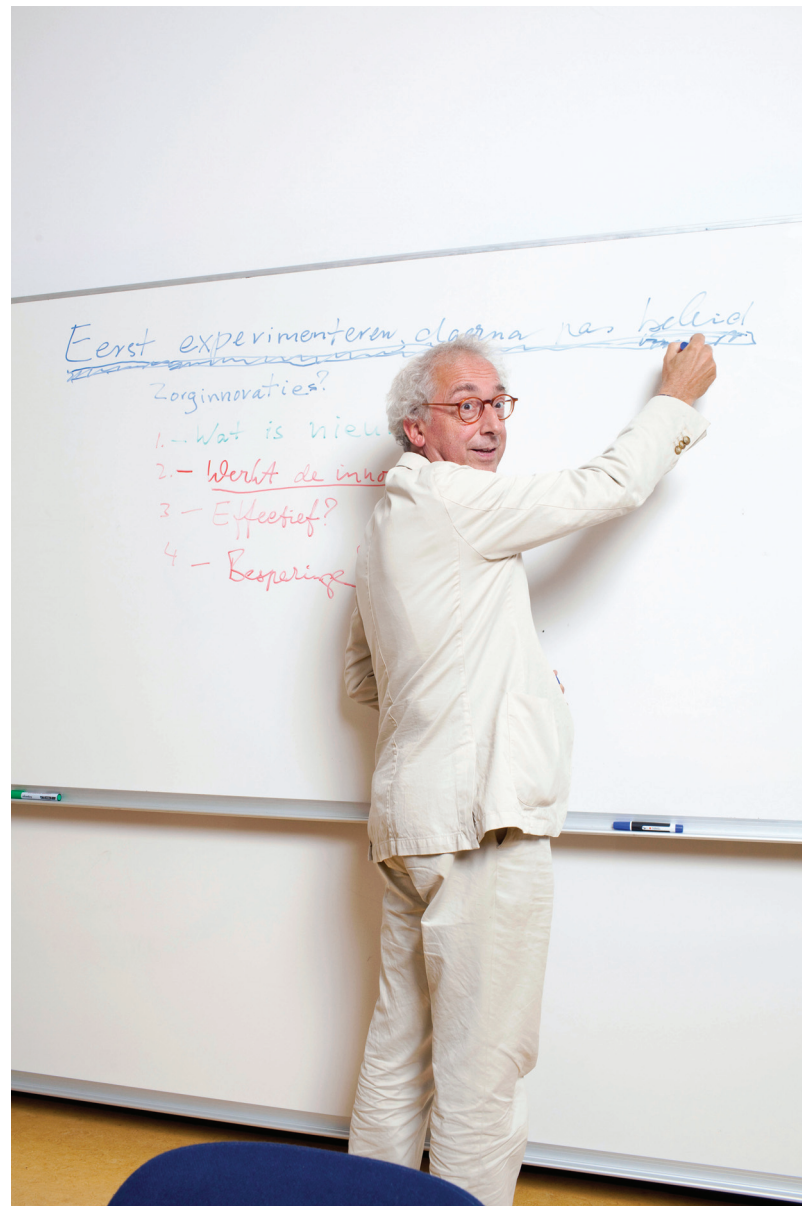
met een prestatiecontract waarbij je de resultaten meet met prestatie-indicatoren. Als je niet presteert, lig je eruit. Regiobudgetten blazen de verantwoordelijkheidsbeleving van zorgaanbieders voor mensen op hun wachtlijst nieuw leven in. Als jij op mijn wachtlijst staat, ben ik verantwoordelijk voor jouw zorg. Verpleeghuizen dragen die wettelijke plicht nu ook, maar ervaren dat niet zo. Het is een dode letter.'

### Wat moet er verder veranderen in de AWBZ?

'Ik wil de vermogenstoets terug. Je krijgt alleen betaald uit de AWBZ als je een eigen vermogen hebt van minder dan twee ton. Maar afrekenen doe je pas na het overlijden. In de terminale fase moet je mensen niet opzadelen met de verkoop van hun huis. Dat model hebben ze in Frankrijk. Dan heb je geen gedoe als mensen nog leven, zoals bij het systeem in Duitsland en Engeland.'

'De kosten voor verblijf moeten uit de AWBZ. Niet alleen zzp 1 en 2, maar ook alle zware zzp's. Verblijfkosten betalen mensen zelf. De AWBZ is alleen voor zorg. Dan krijg je ook verpleeghuisdirecteuren die veel van zorg weten, want ze hoeven zich niet meer te bekommeren om vastgoed en hypotheek.'

'Verder kunnen mensen de huishoudelijke zorg best zelf regelen. We leven in Nederland nog steeds met het idee "de overheid zorgt voor je van de wieg tot het graf". Dat wil ik veranderen in "de



overheid is medeverantwoordelijk voor". Ik zou een nieuw artikel in de grondwet willen hebben: "Iedereen wordt geacht maatregelen te treffen voor zijn eigen ouderdom". De AWBZ wordt een bodemvoorziening voor een kleine groep mensen die het zelf niet redden omdat ze geen netwerk of geen geld hebben. Of omdat ze dementerend, verslaafd of verstandelijk beperkt zijn.'

**Weg met het verzekerde recht op AWBZ?** 'Ja, daklozenzorg is nu toch ook geen verzekerd recht? Dat doen we als samenleving gewoon. Als mijn vrouw mij op straat zet, kan ik een dag later bij het Leger des Heils aankomen. Maar daarna zeggen ze "huur maar een flatje, u heeft geld genoeg, regel het zelf maar".'

**Hoe kijkt u aan tegen de discussie over pakketbeheer?** 'Er zit niet te veel in het pakket. Het probleem zit in de sluipende indicatieverruiming. Dokters moeten alleen voorschrijven wat nodig is. Uit buitenlandse studies blijkt dat er veel overdiagnostiek is, ook in de chronische zorg. Moet een hoogopgeleide diabetespatiënt echt de vier consulten hebben die daarvoor staan in een zorgprogramma? Die heeft aan twee misschien wel genoeg. We moeten de overdiagnostiek aanpakken.'

### GUUS SCHRIJVERS

Guus Schrijvers werd in 1949 geboren in Amsterdam als zesde kind in een katholiek onderwijzersgezin. Na het gymnasium B ging hij economie studeren in Amsterdam. Hij studeerde cum laude af bij Wim Duisenberg. In 1980 promoveerde hij op 'Regionalisering en financiering van de gezondheidszorg'. In 1987 werd Schrijvers met Joop van Londen hoogleraar Public Health bij de medische faculteit in Utrecht. In 1996 richtte hij met Rick Grobbee het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde op. Bevordering van onderwijs in sociale geneeskunde en zorginnovatie werden zijn levenswerk. Op 27 september geeft Schrijvers zijn afscheidscollege over 'meer zorg met evenveel professionals'.

‘Verder vind ik dat er alleen iets nieuws in het pakket kan als er iets anders uit gaat. Als de nieuwe behandeling meer waarde heeft dan de oude, moet die er geleidelijk uit. Dan bouw je de kracht om te vernieuwen in het bestaande stelsel in. Het lukt ons nu in Nederland niet om binnen drie jaar bewezen effectieve innovaties te verspreiden over de hele zorg. Dat is echt een probleem. Ik ken prachtige voorbeelden van de beste CVA-zorg, maar het zijn rozen op een mestvaalt. Niemand doet er wat mee. Als iets werkt, stimuleren overheid en verzekeraars de verspreiding niet. Ze moeten de achterblijvers de helpende hand bieden met een lesprogramma, software en een helpdesk.’

**Heeft u voldoende waardering gehad op de universiteit?** ‘Niet genoeg. Ik heb het zorgonderzoek moeten bevechten, want dat was nieuw. Dat was een permanente emancipatiestrijd die veel energie heeft gekost. Maar ik heb het hier wel 42 jaar uitgehouden. Ik ga niet bijten in de hand die mij eten geeft. Ik heb geen waardering gehad, omdat ik dingen veel eerder had willen realiseren. Daar heb ik wel eens tranen om gelaten. De populatiegebonden bekostiging waar politiek Den Haag nu gelukkig belangstelling voor heeft,

## ‘Ik ken prachtige voorbeelden van de beste CVA-zorg, *maar het zijn rozen op een mestvaalt*’

daar ben ik 32 jaar geleden al op gepromoveerd! Het gaat soms zo traag in de zorg. Daar word ik wel eens moe van. Weet je wie mijn grote held is? Leonardo da Vinci, die had rond 1500 allerlei vooruitstrevende ideeën over vliegen en irrigatie die pas 400 jaar later zijn uitgevoerd. Een andere held is de arts Sarphati, de eerste directeur van de Amsterdamse reinigingsdienst. Hij wilde in 1850 riolering hebben, omdat hij wist dat dat goed was voor de volksgezondheid. Hij heeft er veertig jaar over gedaan om die te realiseren, maar bleef altijd vrolijk. Hij was blij over stukjes rioleringen die erbij kwamen. Tel je zegeningen. Wees blij met de vogel in je hand. In mijn loopbaan was er wel steeds vooruitgang. Het is belangrijker dat je vooruitgang boekt dan dat je de eindstreep haalt.’ ■

Advertentie

**infoland**   
stroomlijnt kwaliteit en informatie

## Heeft u alle risico's onder controle?

In de zorgsector is een ontwikkeling gaande van reactief veiligheidsmanagement via proactief veiligheidsmanagement naar enterprise risicomanagement. Deze ontwikkeling richt zich op alle risico's verbonden aan de activiteiten en de financiering van uw zorginstelling binnen diverse risicodomeinen.

Infoland heeft diverse workshops en gratis webinars ontwikkeld die u helpen enterprise risicomanagement te vertalen naar uw organisatie.

Kijk voor meer informatie op [www.infoland.nl/zorgvisie](http://www.infoland.nl/zorgvisie)



kwaliteitsmanagement | veiligheidsmanagement | **risicomanagement** | auditmanagement | procesmanagement